

第4回 へき地保健医療対策検討会【議事録】

日 時：平成21年12月24日（木）

13:00～16:31

場 所：三田共用会議所3階 大会議室

○馬場医療確保対策専門官：ただ今から第4回へき地保健医療対策検討会を開催いたします。委員の皆様方には、本日、大変お忙しい中ご出席を賜りまして誠にありがとうございます。本日は、全委員にご出席をいただいております。また、へき地における看護職の課題についてプレゼンテーションをしていたため、参考人として日本ルーラルナーシング学会理事で自治医科大学看護学部教授でいらっしゃる春山早苗先生にお越しをいただいております。

あと、注意事項ですけれども、マイクですけれども、皆さんの前にマイクがございますけれども、少し大きなボタンを押していただきましてお話しいただけたらと思います。また、お話が終わりましたら、このマイクの前のボタンをまた押して、消えたことを確認していただけたらと存じます。

以降の進行は梶井座長をお願いいたします。

○梶井座長：皆様こんにちは。今日は12月24日という、なかなか皆様動きにくいときに設定させていただきまして、誠に申しわけございませんでした。ただ、今日であれば皆様がおそろいいただけるということもありまして、大変ご無理申し上げてしまいました。

さて、議論を重ねてきたんですけれども、いよいよ検討会の報告書の骨格を取りまとめていく時期となりました。今日は、いつもに比べて時間も3時間と、長時間の議論の時間をいただいております。何とぞよろしくお願いいたします。

では、事務局から今日の資料のご確認をお願いいたします。

○馬場医療確保対策専門官：では、資料の確認をさせていただきます。

資料1が、前回、第3回会合の議事概要となっております。

資料2が、検討会報告書の骨子（案）となっております。これは、前回までの論点整理を、最終的な報告書の形をイメージして、項目の整理、並べ替え等を行ったものであります。前回、第3回でいただきましたご意見も反映させていただいております。

資料3以降は、本日プレゼンテーションをいただく先生方の資料でございます。資料3がへき地勤務医師のキャリアデザインに関する厚生労働科学研究班資料、資料4がへき地医療拠点病院の在り方に関する澤田委員提出資料、資料5がへき地における歯科の課題に関する角町委員提出資料、資料6がへき地における看護職の課題に関する春山参考人ご提出の資料、資料7が遠隔医療に関する村瀬委員提出資料となっております。

○梶井座長：そうしますと、お手元にごございます資料2の骨子（案）に今日の議論の内容を加えまして、検討会報告書がつけられると考えればよろしいでし

ようか。

それでは、事務局より資料2の説明をお願いしたいと思います。

○馬場医療確保対策専門官：まず、資料2の前に、資料1のほうから説明させていただけたらと存じます。

資料1は、先ほど申し上げましたとおり、前回10月30日に行いました第3回の議事概要からとってきたものでございます。意見交換されました要旨について、まず、こちらのほうからご紹介させていただきます。

まず、「論点整理・へき地医療支援機構について」でございますけれども、澤田委員、梶井座長から、へき地医療支援機構は、そういった医師についての医局機能を持つことが必要ではないか、また、公務員化して、へき地医療支援機構という集団組織を背景に派遣されるという仕組みをつくってはどうか、また、地域医療に関するデータバンク的な役割も求められると思うと、こういったご意見がございました。

また、前田委員ですけれども、このご意見に賛成された上で、キャリア形成面や卒前・卒後教育において築かれる師弟関係において適切な動機づけができる、そういう器として、卒前教育において大学と機構が連携すれば非常によい体制ができるのではないかと、こういったご意見がございました。

また、梶井座長よりも、地域医療のデータを構築し、解析することが非常に重要。

また、中村委員でございますけれども、専任担当官については、まず専任担当官の定義をはっきりと決め、その上で専任担当官を配置できないなら、兼任担当官でカバーするとか、兼任担当官を複数配置するとかで対応することを認めてもよいのではないかとというようなご意見もございました。

また、最後に吉新委員ですけれども、都道府県によって機構の状況は様々なので、余りきつちりと定義づけしてしまうと、柔軟に対応できなくなるのではないかと、この意見もございました。

次に、前野委員と吉新委員のプレゼンテーションを踏まえての全体討論、ここで前野委員のポイント、また、吉新委員のポイントはそれぞれここに挙げさせていただきまして、次に吉新委員のお話がございました。へき地にずっと長くいると戻るところがなくなったり、非常に貢献度が高いのに評価されない、そうではなく、それが次の昇進につながるように戻れる組織なり病院なりがあることは非常に重要だと思う。

また、現在のへき地医療支援機構も含めて、へき地医療を担う組織というのは非常にあいまいで、どこまでの範囲がへき地医療を担っている人たちなのか自体も余り明確ではない。支援機構というのは実際中身がない。キャリアパスなんかはなくて、本人任せなのが実態で、その辺をきちんと中身のあ

るしっかりとした骨太の組織をつくって、そこにいろいろな機能を乗せて継続的な活動を常にしている組織をつくらなければいけない。へき地に実際に身をゆだねて、そこで一生を終わるのだとなるためには、大変な決意が必要である。後任が来るまでやめられないといふとんでもない覚悟をしないとへき地医療に携われない。この壁の高さと、さらに評価されないというのがある。安心して一生を託していいんだよといえるようなへき地のネットワークを日本にちゃんとつくらなければいけない、こういったご意見がございました。

また、澤田委員のご意見ですけれども、へき地医療拠点病院の指定要件について見直すべきではないか。例えば、総合医がいて、臨床研修病院であることを要件として位置づけるような指定基準の見直しや在り方の見直し、また、指定されることによってメリットを受けられるようにこの検討会で何らかの案を提示できないか、こういったご意見もございました。

角町委員ですけれども、また、連携をしっかりととり、そこにへき地も組み込むという体制でないといけない。単なる医師のとり合いになってはへき地は負けてしまう、こういった意見もございました。

次に、へき地勤務医のキャリアパスですけれども、中村委員からですけれども、ある程度へき地勤務をした後、どこかのポストに戻り、さらに希望すれば、またへき地勤務に戻れるというサイクルを示すことができれば、へき地勤務医になるのによほどの覚悟を示さなくてもよくなり、なり手も増えると思う、そういった意見もございました。

また、最後には、梶井座長からも、総合医の育成は重要であるという意見がございました。

これらを元に、次の資料2のほうに移っていただきますと、先ほどの、今までの論点整理と前回の議論を合わせて、前回の報告書、第10次報告書を参考に細かい項目をつくり、この項目ごとに整理させていただくと以下のようにになります。

まず、1の「はじめに」と2の「近年のへき地・離島保健医療を取り巻く状況の変化」、これがございまして、これはまた後でまとめさせていただくのですけれども、その後に3の「へき地等における医療提供体制を構築する各主体の役割」、これをまず6つの項目を挙げさせていただきました。

(1) から (6) までですけれども、都道府県、市町村、国、大学、学会等、住民側に求められる意識と、この項目を挙げさせていただきました。

次に、4の「へき地保健医療対策に関する今後の具体的支援方策」については、まず1つ目にこの(1)ですけれども、新たなへき地医療支援機構の構築について、以下の項目、1) から5) まで、まず、1) の位置づけについて、専任担当官の在り方について、次に新たな支援機構の役割について、

へき地医療支援機構に対する評価について、5)が新たなへき地医療支援機構に対する支援方策について、この5つの点についてまとめさせていただきました。

次に、2つ目の(2)ですけれども、「へき地医療への動機付けとキャリアパスの構築」を挙げさせていただきました。この前段のへき地医療の動機付けの在り方について、これが1)、後半の2)として、キャリアパスの構築については、これはア、イ、ウと3点挙げさせていただきました。キャリアパスの在り方について、キャリアを評価する仕組みについて、また、その他というこの3つの項目をつくらせていただきました。

また、両括弧のほうに戻りますけれども、(3)「へき地等における医療提供体制に対する支援」として、これを1)の「へき地医療拠点病院の見直しと新たな支援方策について」「へき地診療所に対する支援について」「ITによる診療支援について」「ドクターヘリの活用について」「その他」と、この5項目を挙げさせていただきました。また、(4)、(5)と「へき地等における歯科医療体制について」、また「へき地等の医療機関に従事するコメディカルについて」と続きまして、最後に5の「おわりに」、このように構成をさせていただいたところでございます。

以上でございます。

○梶井座長：ありがとうございました。この報告書の骨子を見ますと、これまで論点整理をしながら、皆様の意見をいろいろ言っていただきながらやってきたわけですが、項目によっては、かなり出尽くしたというような内容もございまして、まだまだそうじゃないと、もう少し膨らませていかなければならないというような項目も見受けられます。いずれにしても、これまで十分にまだ議論が行われていなかったところに関しましては、この後プレゼンテーションをしていただく予定であります。この段階でご意見がございまして方いらっしゃいますでしょうか。

○高野委員：時々しか出てこなくて申しわけないんですが、この中で、各都道府県の役割の中で、どうしても都道府県の財政力の差によって公平、不公平の差が多いんじゃないかというふうに我々は考えます。それについては、もう少し国の関与が必要なんじゃないかということで、何かそういう文言が入らないかということをご提案したいと思うんです。

○梶井座長：例えば具体的に国の関与と申しますと、何か……。

○高野委員：例えば、医師の配置基準とか指針とか、そういう形で、それぞれの

都道府県が一定の基準の下に公平な医師確保と派遣、それから、地域の人たちが医療を受けられるような仕組みができないかというふうに考えるんですが、いかがでしょう。

○梶井座長：医師の配置基準という問題が出ましたけれども、この点についていかがでしょうか。三阪委員、どうぞ。

○三阪委員：今、予算の話が出ましたが、これは非常に僕も大きな問題だと思っています。拠点病院の要件の問題がいろいろ出てまいりましたが、要件を満たしていくにはそれなりの投資が必要だと思います。

私ども拠点病院ですが、へき地に派遣すると出来高制でかかった費用だけ入るという仕組み、これだと、組織にへき地の支援をするための意識付けが難しいと思います。

例えば当初のがん拠点病院は、その手挙げしたところは初年度のみお金がおりるという政策で開始されました。しかしながら手を挙げる施設があまりなかった。今は名称も変更され、がん診療連携拠点病院に手挙げをすると毎年お金がおりるわけです。例えば今年度はたしか各拠点病院に2,200万円ずつおりていたと記憶しております。そうしますと多くの施設が手を挙げました。がん診療連携拠点病院も二次医療圏に1つというのを目安に国は設定しておりまして、へき地拠点病院の考えと非常によく似ていると思っています。

私も今がん診療に身を置いています。やはりそこにお金があるということで、その組織が非常に前向きになる。要件の中には、こういうがん認定看護師を置きなさい、あるいは、相談室をつくりなさいとか、あとは腫瘍の専門医を置きなさいというような、そういう要件があつて、やはりお金がおりるものですから、この二、三年、一気にそういう役割や癌診療が医療者に浸透してきて、強化されていくのを肌で感じるんです。

そうなってくると、二次医療機関に1つずつというのは最初にへき地拠点病院も発想としてあつたと思うんですが、要件を満たすような予算をつけないとなかなか話が進まないのではないかと思います。そういう予算の配分が今後どうなるかということも同時並行で施設が前向きに取り組む予算をつけないとシステムは動かないだろうという印象を持っております。すみません。ちょっとわき道にそれたかもしれません。

○梶井座長：いいえ、わき道ではございません。実は、今の先生のご発言は、この後、澤田委員のほうから、へき地医療拠点病院の在り方に関してプレゼンテーションがございますので、その後、三阪先生初め、皆様のご意見をさらに膨らませていただければというふうに思います。

さて、予算のところはそこでも出てくると思うんですけども、もう一つ、医師の配置基準、これは大変大きな問題になろうかと思うんですけども、この点についていかがでしょうか。高野委員にお聞きいたしますけれども、これは計画配置にもつながることでしょうか。

○高野委員：本当のことを言えば、そういうふうに国が具体的にその医師の派遣にまで踏み込んでいただかないと、なかなか今の状態を解決するわけにはいかんだろうと。今おっしゃられたように予算の問題も一つの非常に大きな方向性を示す大事な話ではあると思うんですが、どうしても都道府県の力の、財政力の問題によって、あるいは為政者の考え方によって、同じ国民でありながら差があるんじゃないかというふうなことを感じたものですから申し上げたんです。

○梶井座長：ありがとうございました。今のご発言をまた踏まえながら、先ほどお示しいただいた骨子についてはまた後で議論したいと思います。

そのほかございませんでしょうか。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、前回より議論が続いていますへき地勤務医のキャリアデザインの在り方について、これからプレゼンテーションしていただきたいと思えます。

実は、これは前回にもお話がありました厚生労働科学研究班の中で、こういう研究を鈴川委員のほうで班長となっておやりになっておられました。鈴川委員のほうからそのご報告をいただければと思います。よろしく願います。

○鈴川委員：自治医大の鈴川です。よろしくお願いいたします。

資料3に沿って説明させていただきたいと思えます。今お話しいただいたとおりで、資料3、めくっていただきますと、研究班の班員の名前が書いてありますが、へき地を抱えた地区の委員の意見を吸い上げてお話をさせていただければというふうに思っております。今回のこの検討会に向けて、この研究班でキャリアデザイン、それからへき地勤務の評価について提言を何かしてほしいんだというお話で、みんなで検討をした結果であります。

まず、一つはキャリアデザイン、これは研究班の中でいつも話題になることですが、今まではキャリアデザインといっても、どちらかというと、余りないというのが一般的で、キャリアデザインとして有名なのは、医局、教授をトップとしたピラミッドを僕たちは今まで頭に描いてくることが多かったわけですが、それがへき地に行く場合にはなかなかそういうデザインを描きにくい。とりあえず自分がこれからどうなるのかというイメージ

を持たずに現場に行く、非常に不安である。帰属意識がなかなか持てないじゃないか、そういうことに関して何か案はないのか、皆さんどう考えるのかというような話を研究班の中でずっとやってきました。

そして、その研究班の中で幾つか代表的なものを参考にしたらどうかという話が出たものをとりあえず資料の3-①、②、③として取り上げてみました。もちろん、ほかにも、ほかの県の方の意見も聞いた上での話であります。自治医大の制度ができる前から、長崎県では、へき地、離島に勤務する医師の養成システムというのがありましたし、特徴的な高知県、今、澤田先生がいらっしゃるから私が言うのもちょっと申しわけないかもしれませんが、自治医大の卒業生が中心になって新たなシステムをつくってきたという高知県、それから県立病院を中心にして、義務後も勤務を続けている自治医大卒業生が多いと言われている新潟県、この3つをそこに図としてかかせていただきました。

長崎と高知については、既にCD-ROM等でお渡ししてありますけれども、まず、長崎のお話で3ページ目になります。3-①、長崎県の離島医療体系図というのが上のほうに載っております。長崎県のシステムは、離島の診療所、離島に存在する病院から国立長崎医療センター、離島医療圏組合、離島・へき地医療支援センター等の行政機関、それから長崎大学、このような機関が有機的に連合して、医師の臨床研修、それからへき地勤務、生涯研修などを、こういう複数の組織がまとまって和をつくった上でマネジメントをしているというふうにすごく大ざっぱなまとめをできるかというふうに思います。

一番上の黒いところに長崎県、それから左側に長崎大学、それから国立長崎医療センターが並んでいて、その下の医療政策課と、それから医療組合、それから平成16年からは離島・へき地支援センターですけれども、それができる前から医療圏組合と、こういう形で組織の和をつくって、主に義務内の方が多いと思いますけれども、このような離島の診療所、それからへき地の拠点病院に勤務をすることと、それから長崎大学、国立長崎医療センターとの連携をとりながら、へき地医療を見ていくというシステムがもう既にでき上がっていたというようなイメージを描いています。

一方、高知県、その下に書いてありますけれども、これは澤田先生からの資料ですけれども、自治医科大学生が中心、そのほかにも高知大学の方も含めて、その3つのオレンジ色というか肌色というか、囲んだ中で高知諸診医会というシステムをつくったところがみそだと思うんですけれども、そういう組織と、それから高知県という県、それから各市町村、この3つの三者でマネジメントをしている。このような組織を新たにつくり上げてマネジメントしていこうと、そこで勤務場所、それから後期研修を含む医師の研修、そ

ういうものもこの三者でマネジメントしていこうというような人の和という
んでしょうか、そういうものをつくって、へき地の医療を見ていきましょう
というようなシステムができ上がっているというふうに考えました。

その裏を見ていただくと、新潟なんですけれども、新潟は、言葉がいいか
どうかは別として、古典的な医局人事によるへき地医師配置と勝手に書かせ
ていただいているんですが、これは新潟大学の総合地域医療学講座の井口先
生のご協力を得て作成した図になります。これは、新潟県の場合には、自治
医大の卒業生はほとんどの方が新潟大学に入局をするということがほかの
県とはかなり違う。ほかの県でもあるんですけれども、多くの方が新潟の場
合は入局する。その後、全国的には医局の崩壊とかあるんですけれども、そ
れでも新潟県は現在でもしっかりした組織の力が残っている。

それは、そこにキーパーソンと書いた方が、新潟大学と新潟県の間、現在
は福祉保健部を中心として県と大学の間をうまく調整することによって派遣
先をきちんと確保している。自治医大の人だけでなく、自治医大以外の医局
員も同じようにへき地にある関連病院に派遣されていますけれども、自治医
大の人も多くはこれに沿って、自治医大の人のほうが、よりへき地に行っ
ているという話は聞きますけれども、新潟県の県立病院等を中心にして多くの
方が派遣されている。これが現在でもきちんと生きているというのは、お話
を聞く限りでは、キーパーソンがきちんと力を持って全体を統一して見てい
る、それで、このキーパーソンの元で県庁の調整が行われていて、大学から
県立病院への医師の派遣が行われている。指導力がしっかりした、いい指導
力があればこのようなシステムができているというようなニュアンスにとら
えました。特徴は、自治医大卒業生が新潟大学に入局していること、義務年
限終了を待って大学で研究を行って学位を取得する、そういうようなことも
ありますし、専門医の資格を得るということもできる。それから、義務後も
医局の人事で県内のへき地医療機関に赴任して、その後、キャリアデザインの
最終段階としては中小の県立病院の病院長職とか、そのようなものが考え
られているというようなシステムがあると。

このシステムが成功した理由というのも考えたんですけれども、キーパー
ソンが非常に強い力を持っていて、これが自治医大卒業生ではないんですけ
れども、新潟大学内部の方で、それがちょうど自治医大の考えと、例えば自
治医大建学の精神みたいなものと非常に似た形で考えていただくことができ
て、それを自治医大卒業生に非常に理解があって、県庁との強いつながりで
これが成り立っているのではないかというように、図になるもの3つに関し
ては、どうしてこの3つの県は割合うまくいっていると言われているのだろ
うかということをやっと考察してみました。

これを踏まえた後で、先ほどの研究班の各班員に、それぞれどのようなキ

キャリアパスを自分たちで、自分たちがへき地に行く若い医者だとしたら、どのようなキャリアパスになったら行く気になるだろうかと、どういうのがいいんだろうかというのをいろいろな立場から話を聞いて、その結果をその3-④という、新しく作った図ですので違和感はあるかもしれませんが、私たちの研究班の提言という形で、キャリアパスというのは今までなかなか世の中になかったものなんですけれども、一つの案として、研究班の案として見ていただければというふうに思います。

これらを踏まえまして、3本柱のキャリアデザインモデルをつくってみました。赤系統はへき地診療所等、青系統がへき地医療拠点病院等を示しており、緑系統が大学等をあらわしているというふうに考えてください。

骨子は、この3つの間を自由に、自由にというんでしょうか、かなり自由な形で行き来しながらキャリアアップを図って、一生、例えば65歳ででき上がりというんでしょうか、そこまでの間、どのように自分は勤めていくのだろうかというモデルを考えてみたらどうかというのが一番の基本であります。

医師を育てる、医学生を育てるのは、一応、大学が基本ですので、大学の下は薄緑色で少し延ばしてあります。この小さな丸が、丸というか円柱が1年だと思って見てください。左下の緑のほうの下に入学と卒業がありますが、ここが6年間ありまして、この間は有機的に診療所、それからへき地拠点病院等と連絡をとりながら学習の場をつくっていくというのはそれでよろしいと思うんですけれども、その後、先ほどからいろいろお話が出てきたように、大学にいったん戻ったらへき地に戻れなくなるとか、へき地に行くとい生そこにいないといけないのではないかというようなことに関しては、このモデルに入っている限りは、へき地に行きました、その後また自分としてはこういうところについて特に勉強してみたいのと、または、こういうところで臓器別の専門の資格を取ってみたいというようなことについても満たせるように、大学なり拠点病院にもう一度戻っても、へき地のキャリアは消えないというような形で、この3つの間を移動しながらキャリアアップを常に行っていくというシステムができれば、今現在抱えている、へき地等で勤務されている方の不安を和らげることができるのではないかというふうに考えました。このシステムをうまく動かす基本として、その下に、丸が書いてあって、ちょっと赤っぽい中に「へき地保健医療対策協議会」というのがあって、その下に「へき地医療支援機構」というのを書きました。

この支援機構が、3つの柱を支えている大学と診療所等、それからへき地拠点病院等とが一堂に会して集まれるような、話し合いができるような協議会、そういうものをへき地医療支援機構が指導することによって、このキャリアアップを、デザイン全体をきちんと見ていく、そういうシステムができるべきだろうというふうに考えました。このキャリアデザインで働く間は、身分

的にはずっと保障される。つまり、どこどこで年金が切れるとか、そういうようなことではなくて、常に自分の、それぞれ機関は違う、いろいろな診療所もあれば大学もありますけれども、身分が保障されて公的年金も継続されるべきであるというように、勝手な意見かもしれませんが、そのように考えると、へき地に行くという医師の期待は大きくなるのではないかと思います。

そのほかに、端のほうに書いてある特徴的なところを簡単に、これは私たちの研究班の中から入れてほしいという希望で出たものをそれぞれ四角の中に入れてあります。例えば、最初の10年間でへき地医療の専門医、この話は後でしますけれども、へき地医療に関係する専門医が取得できるように考えましょう。それから、大学における学位というのを取得を希望する人がいらっしやれば、それについても学費の援助等で支援をしたらどうか、それから、臓器別の専門医の取得を希望する、これも認めたらどうかというふうに一応考えました。もちろん、学位といっても、DNAの研究で試験管を振ってということのイメージよりは、へき地、地域医療に関する社会学的な研究について、ぜひ専門的にやってほしいという意見は出ていますけれども、どちらにしても、そういうことができるように、へき地等の診療所にいると学位はとれない、専門医はとれない、何々はできないというのではなくて、できるよというシステムをつくれるようにしたらどうかというふうを考えました。

このキャリアデザインをある程度満たした人たちは、大学であれば地域医療学講座等の教授とか部長、拠点病院等であればその支援病院の部長とか院長、それからへき地診療所では当然ながら所長、そういったものに優先してなれるというようなインセンティブを考えるべきではないか。それから、この話、これはキャリアデザインのモデルですけれども、これと、それから今からお話しする評価の話とがどうしても密接に関係しますので、とりあえず3本柱で移動しながら、自分のキャリアを磨いていくというモデルを考えたというところで、その先に進めさせていただきたいと思います。

6ページ、7ページは、これをつくるに当たっていろいろ議論が出たときに私が最初に書いた説明文ですので、これは後で興味があれば見ていただければと思いますので、これを飛ばしまして8ページに行かせていただきたいと思います。

へき地に勤務する医師の評価、評価という言葉にはいろいろあって、一つは、へき地医療の専門医として認定するという意味の評価、それからへき地に行ったことを重く見て、それに対して何かインセンティブを与えたらどうかということの評価という言葉がちよっとダブるところがありますので、2つに分けて説明させていただきたいと思います。

まず、この8ページの図の左側の大きな四角、へき地に勤務する医師、こ